

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

Государственное учреждение здравоохранения
КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95

E-mail: priem@kkb.chita.ru

От 06 мая 2024 г. № 387-о

Утверждаю

Главный врач _____


В.В.Коренев

Информационное письмо

**Клинические рекомендации Ишемического
инсульта и ТИА у взрослых 2023г.**

*О.В.Давлетшина , заведующая отделением неврологическим для больных
ОНМК, врач-невролог, Е.Н.Шестопалова, врач невролог*

Критерии установления диагноза ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки

Клиническая картина является основой для диагностики ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки. Продолжительность клинического дефицита менее 24 часов является основным критерием установления преходящего нарушения мозгового кровообращения. Несмотря на типичную продолжительность большинства случаев транзиторных ишемических атак менее 30 - 60 минут, нет убедительных данных, показывающих, что альтернативный временной порог лучше или более полезен, чем 24 часа. Компьютерная и магнитно-резонансная томография головного мозга являются важными инструментами в диагностике ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки. Однако следует помнить об ограничениях нейровизуализации, особенно при использовании ее в качестве преобладающего или единственного источника информации. Инфаркт головного мозга должен оставаться патологоанатомическим термином, так как он не может быть надежно идентифицирован с помощью нейровизуализации и что точная идентификация инфаркта обычно не требуется для оптимизации результатов лечения пациентов.

Обязательные лабораторные тесты у пациентов с предположительным диагнозом «ТИА и ишемический инсульт»:

Общий (клинический) анализ крови развернутый Анализ крови биохимический общетерапевтический. Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический. Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови. Исследование уровня гомоцистеина в крови. Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза). Исследование кислотно-основного состояния и газов крови. Исследование уровня натрия в крови Исследование уровня калия в крови. Исследование уровня хлоридов в крови. Общий (клинический) анализ мочи .

Нейровизуализация головного мозга

Рекомендуется всем пациентам с признаками ОНМК в экстренном порядке проведение бесконтрастной КТ головного мозга или МРТ головного мозга, получение результатов исследования (заключения) в течение 40 минут от момента поступления пациента в стационар для дифференциальной диагностики формы ОНМК с целью определения тактики лечения.

Рекомендуется использовать дополнительную модальность - диффузионно-взвешенное изображение (ДВИ b 500 / b 1000) для раннего выявления признаков ишемического поражения вещества головного мозга при проведении МРТ головного мозга.

Рекомендуется отбор пациентов для ТЛТ после выполнения МРТ головного мозга в режиме ДВИ с целью выявления «DWI/FLAIR» несоответствия (т.е. получение подтверждения очага ишемии на МРТ в режиме ДВИ и отсутствие признаков повреждения вещества головного мозга на МРТ в режиме FLAIR), если время появления симптомов ОНМК точно не установлено, но предположительно, не превышает нескольких часов.

Рекомендуется проводить повторную КТ головного мозга для уточнения объема инфаркта и наличия факта латеральной и/или аксиальной дислокации головного мозга пациентам при злокачественном инфаркте головного мозга на фоне острой закупорки проксимального сегмента СМА.

Рекомендуется при выявлении при КТ головного мозга очага ишемии, занимающего более 50% бассейна СМА, повторять КТ головного мозга через 12 часов, через 24 часа, через 48 часов с целью своевременного выявления признаков развития отека и дислокации вещества головного мозга.

Рекомендуется всем пациентам, с верифицированным диагнозом ишемический инсульт, которые являются потенциальными кандидатами на проведение внутрисосудистой реканализации, проведение компьютерно-томографической ангиографии или магнитно-резонансной ангиографии с целью определения окклюзионного поражения вне и/или внутричерепной артерии.

Рекомендуется оценка церебральной перфузии с помощью компьютерно-томографической перфузии головного мозга, магнитно-резонансной томографии или магнитно-резонансной диффузии головного мозга у пациентов - кандидатов на проведения эндоваскулярной терапии с давностью симптомов ИИ в пределах периода от 6 до 24 часов от момента эпизода ИИ, при наличии окклюзии крупного сосуда в каротидном бассейне, с целью повышения эффективности отбора пациентов для механической тромбэктомии, если все другие критерии отбора пациентов были строго соблюдены.

Рекомендуется всем пациентам с ишемическим инсультом проведение дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока для визуализации атеросклеротической бляшки, оценки ее морфологического состояния и поверхности, опасности повторной эмболии.

Рекомендуется пациентам с верифицированным ишемическим инсультом у кандидатов на проведение реканализации и/или эндоваскулярной терапии с давностью симптомов ИИ в пределах периода от 6 до 24 часов от момента эпизода ИИ проведение дуплексного сканирования интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий с целью оценки состояния внутримозгового кровотока.

Другие инструментальные методы обследования

Рекомендуется проведение ЭКГ всем пациентам с ТИА и ишемическим инсультом при госпитализации.

Рекомендуется проведение холтеровского мониторирования сердечного ритма пациентам с ТИА/ИИ при наличии нарушений ритма сердца и неустановленным патогенетическим вариантом инсульта, пациентам с подозрением на кардиоэмболический вариант подтипа ИИ/ТИА (размеры очага, мультифокальность поражения, наличие ТИА более чем в одном сосудистом бассейне, отсутствие значимых изменений БЦА и сосудов основания мозга) целесообразно проведение холтеровского мониторирования сердечного ритма не менее 72 часов.

Рекомендуется проведение эхокардиографии, в том числе чреспищеводной эхокардиографии у пациентов с ТИА/ИИ с целью обнаружения скрытых кардиальных источников эмболии без явных заболеваний сердца и для анатомической верификации источников эмболии у лиц с известным заболеванием сердца.

Рекомендуется проведение клинико-инструментального мониторинга, включающего клинические, инструментальные и лабораторные методы исследования, всем пациентам с ТИА и ишемическим инсультом в острейшем периоде заболевания. Длительность мониторинга определяется состоянием пациента (минимальная продолжительность мониторинга не менее 24 часов).

Консервативная терапия

Рекомендуется всем пациентам с верифицированным диагнозом ИИ/ТИА начать лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии/ отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления пациентов в стационар.

Рекомендуется поддержание проходимости дыхательных путей и искусственная, либо вспомогательная вентиляция легких пациентам с острым

инсультом при снижении уровня сознания или развитии бульбарной дисфункции, которая приводит к нарушениям функционирования дыхательных путей.

Рекомендуется подача дополнительного кислорода пациентам с ИИ и ТИА, со снижением сатурации кислорода $< 94\%$ методом пульсоксиметрии, с целью поддержания сатурации крови кислородом $> 94\%$.

Рекомендуется проводить коррекцию гипотензии и гиповолемии для поддержания системного уровня перфузии, необходимого для поддержания функционирования органов.

Рекомендуется обеспечить понижение уровня АД, пациентам с повышенным АД, которые по остальным критериям подходят для проведения системной тромболитической терапии, до следующих показателей: систолическое АД < 185 мм рт. ст., диастолическое АД < 110 мм рт. ст. до начала системной тромболитической терапии.

Рекомендуется всем пациентам с предположительным или установленным диагнозом ИИ или ТИА при наличии гипертермии (температура тела более 38°C) провести обследование с целью выявления причины гипертермии, после чего должны быть предприняты соответствующие терапевтические меры. Пациентам с гипертермией после инсульта рекомендуется назначение препаратов из группы анальгетиков и антипиретиков для снижения температуры тела.

Рекомендуется устранение гипергликемии, а также проведение тщательного мониторинга для предотвращения возникновения гипогликемии у пациентов с ИИ. Предпочтительный подход к лечению гипергликемии заключается в использовании инсулинотерапии для достижения целевого уровня глюкозы между 7,8 и 10,0 ммоль/л, избегая более интенсивного снижения уровня гликемии, которое может привести к более высокому риску гипогликемии. Рекомендуется проведение скрининга дисфагии перед кормлением у пациентов с ишемическим инсультом.